FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 N°.....

THÈSE

DE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

DIMITRIOS KIAKIDIS

Ne a Andrinople Grece
le 18 fevrier 1898

L'AVORTEMENT

CHEZ LES

FIBROMATEUSES

Sa gravité et ses dangers

Président de Thèse : M. le professeur A. GOSSET

PARIS

ASSOCIATION DU DOCTORAT

18, RUE DARCET (17e)

1930

BIBLIOTECA

I. — PROFESSEURS

Le Doyen	M. ROGER.
	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LŒPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MAURICE VILLARET
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et Psychiâtrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie médicale	BÉNARD Henri.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIÈRE.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale	DE GAUDAR D'ALLAINES.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HARVIER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique	LABBÉ Henri.
Parasitologie	LAROCHE Guy.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Anatomie Pathologique	LEROUX.
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Pathologie médicale	LIAN.
Pharmacologie	MERCIER Fernand.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Anatomie Pathologique	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale	QUÉNU.
Physiologie	RICHET Fils.
Dermatologie et syphiligraphie	SÉZARY.
Pathologie médicale	VALLERY-RADOT. (Pasteur)
Obstétrique	VAUDESCAL
Ophtalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Obstétrique	VIGNES.

74194

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pharmacologie	BUSQUET.
	GUENIOT.
Obstétrique	LEQUEUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	ZIMMERN.
Obstétrique	DEMELIN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique médicale	LÉRI.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRESIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. GOSSET

Professeur de Clinique Chirurgicale,

Chirurgien de l'Hospice de la Salpêtrière

Président de la Société Nationale de Chirurgie

Grand Officier de la Légion d'Honneur

En respectueux hommage d'admiration et en témoignage de reconnaissance pour le grand honneur qu'il m'a fait d'accepter de présider cette thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Monsieur le Professeur GOSSET.

Monsieur le Professeur GILBERT (*in memoriam*).

Monsieur le Docteur BABONNEIX.

Monsieur le Professeur HARTMANN.

Monsieur le Professeur J.-L. FAURE.

Monsieur le Professeur LEGUEU.

Monsieur le Professeur LECÈNE (*in memoriam*).

Monsieur le Professeur LEJARS.

Monsieur le Professeur TERRIEN.

Monsieur le Professeur COUVELAIRE.

Monsieur le Professeur BRINDEAU.

Monsieur le Professeur GUILLAIN.

Monsieur le Professeur SÉBILEAU.

Monsieur le Professeur CLAUDE.

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. BABONNEIX

Médecin des Hôpitaux de Paris

Chevalier de la Légion d'Honneur

Membre de la Société de Pediatrie et de Neurologie

En témoignage de ma sincère reconnaissance pour l'aide généreuse qu'il m'a donnée avec bienveillance.

A MES MAITRES DES HOPITAUX CIVILS DE BREST

MONSIEUR LE DOCTEUR E. POULIQUEN

Chirurgien des Hôpitaux de Brest

Membre correspondant de la Société de Chirurgie

Dont nous avons été l'Interne, en témoignage de reconnaissance pour l'amabilité avec laquelle il m'a aidé et instruit.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE LA MARNIERRE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Chirurgien suppléant des Hôpitaux de Brest

En gage de sincère dévouement et de profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAYMOND LEIBOVICI

Chef de Clinique Chirurgicale de la Faculté
Professeur à l'Amphithéâtre des Hôpitaux

En sincère reconnaissance pour ce qu'il m'a appris à Clamart et pour les conseils qu'il a bien voulu me donner pour la rédaction de cette thèse.

A LA MEMOIRE DE MES TRÈS CHERS

ET TRÈS REGRETTÉS PARENTS

A MON FRÈRE, LE DOCTEUR KIAKIDIS

A MES SŒURS ET BEAUX-FRÈRES

A MADAME MARANDON

en reconnaissance et respectueux hommage

MEIS AMICIS

CHAPITRE PREMIER

Introduction

Louis considérait jadis que l'existence d'un fibrome utérin excluait la possibilité d'une grossesse. Cette opinion trop absolue n'est plus admise par personne de nos jours, car on voit assez souvent survenir des grossesses dans des utérus fibromateux. Tout au contraire, Hofmeier a pu soutenir assez paradoxalement que les femmes atteintes de fibrome utérin présentaient un état d'hyper-activité génitale qui retardait la ménopause et augmentait et prolongeait la possibilité de fécondation au-delà des limites d'âge normales.

L'étude des *rapports des fibromes avec la grossesse* a été faite depuis fort longtemps tant par les accoucheurs que par les chirurgiens.

Les accoucheurs ont longuement étudié les accidents que les fibromes utérins provoquent lors du travail ou lors des suites de couches.

Les chirurgiens ont contribué à faire connaître les complications qu'un fibrome peut faire naître au cours

des premiers mois d'une grossesse ou peut présenter lui-même lors d'une grossesse à son début.

Dans l'étude classique des rapports des fibromes avec la grossesse on envisage habituellement :

1° Les modifications des fibromes pendant la grossesse ;

2° L'évolution de la grossesse dans un utérus fibromateux.

Les modifications des fibromes pendant la grossesse ont été bien étudiées par Depaul et Tarnier en 1868-1869 à la Société de Chirurgie, par Lefour dans sa Thèse d'Agrégation en 1880, par les travaux de Doléris en 1883, par Piquand et Lemeland en 1910.

On sait que le fibrome augmente de volume et qu'il se ramollit. On sait aussi que certains fibromes subissent une transformation spéciale : la dégénérescence rouge. Leroux, dans sa Thèse récente (Paris 1923), a repris l'étude de ces dégénérescences et en a indiqué les conclusions thérapeutiques.

L'évolution de la grossesse dans un utérus fibromateux est également fort bien connue.

Tandis que, assez souvent, la tumeur ne gêne en aucune façon la grossesse et l'accouchement, d'autres fois des accidents surviennent avec une fréquence que nous préciserons tout à l'heure.

Certaines complications sont dues à des altérations particulières du fibrome, telles sont l'hyperthophie exagérée de la tumeur, la torsion d'un myome pédiculé, parfois même la torsion axiale de l'utérus fibromateux, d'autres fois, enfin, la nécrose ou la suppuration du fibrome. Berger, dans sa thèse (Paris 1907) a parfaitement étudié la suppuration des fibromes au cours de la puerpéralité.

D'autres complications sont dûes à la gêne apportée par le fibrome au développement de l'œuf. On a publié des observations de grossesse ectopique (Doléris-Dartigues). On a décrit des hémorragies dûes à une insertion basse du placenta (Lefour — Jamin — Pujol), mais *c'est l'avortement qui est l'accident le plus fréquent.*

Il s'explique aisément par la gêne à l'ampliation de l'utérus, par la tendance hémorragique de la matrice, par les lésions d'endométrite qui accompagnent si souvent un fibrome.

Landau, dans son traité des Rapports des fibromes avec la grossesse (Berin, 1912) insiste sur la fréquence de l'avortement.

Nous ne reviendrons pas sur les complications habituelles et classiques que la coexistence d'une grossesse et d'un fibrome peut faire naître. Une revue d'ensemble en a été récemment faite du point de vue chirurgical dans les excellents Rapports de Labey et de Tixier au Congrès Français de Chirurgie d'octobre 1924. Les

indications opératoires qu'ils ont établies sont aujourd'hui à peu près unanimement acceptées.

Le but que nous poursuivons ici est totalement différent. Nous n'avons pas l'intention d'étudier les troubles qu'une grossesse en évolution peut présenter du fait de la coexistence d'un fibrome, pas plus que les complications qu'une grossesse peut faire apparaître au niveau d'un fibrome. Nous nous attacherons à étudier une complication toute particulière qui est celle de l'*avortement provoqué par un fibrome utérin ou dans un utérus fibromateux.*

Cette question, plus circonscrite, a été, jusqu'ici, fort peu étudiée.

Le plus souvent on a publié des observations isolées de rétention placentaire dans un utérus fibromateux, rétention déterminant des hémorragies incoercibles et imposant l'hystérectomie, ou bien des observations de curetage incomplet ou compliqué en cas de fausse-couche dans un utérus fibromateux.

En avril 1908, Mauclaire publia à la Société Nationale de Chirurgie l'observation d'un fibrome qui se compliqua de sphacèle à la suite d'une fausse-couche. Le curetage fut insuffisant pour arrêter les accidents et il fallut faire une hystérectomie.

En 1909, à la Société Anatomique de Paris, Baumgartner et Moure apportent un cas de rétention placentaire dans un utérus fibromateux : le curetage fut im-

possible par suite de la présence du fibrome et il fallut recourir à l'hystérectomie.

Quelques mois plus tard, en octobre 1908, Proust et Sorrel publient également dans le Bulletin de la Société Anatomique une observation d'hystérectomie faite pour graves hémorragies post-abortum dans un utérus fibromateux.

En dehors de ces observations isolées, il n'existe aucun travail d'ensemble traitant de la *gravité de l'avortement et des dangers du curetage en cas de fibrome utérin.*

Dans leurs excellents Rapports au Congrès de Chirurgie de 1924, ni Labey, ni Tixier n'envisagent en détail cette question. De même, dans sa « Thérapeutique Chirurgicale », le professeur Lecène n'en fait qu'une très brève mention.

En 1927, R. Leibovici publia dans la *Presse Médicale*, un article consacré à la gravité de l'avortement et au danger du curetage en cas de fibrome utérin, apportant trois observations où l'hystérectomie avait été rendue nécessaire soit par des accidents hémorragiques, soit par des accidents d'infection grave.

Il a bien voulu nous donner deux nouvelles observations inédites d'avortement dans un utérus fibromateux, avortement compliqué de rétention placentaire prolongée et d'infection aigüe. Nous trouverons plus loin ces observations *in extenso*, et nous tenons à lui exprimer ici nos remerciements pour ses conseils.

CHAPITRE II

Fréquence de l'avortement en cas de fibrome utérin

Il est classique d'admettre, avec la majorité des accoucheurs, qu'il est rare que les fibromes utérins déterminent des complications au cours d'une grossesse. La plupart du temps, la gestation évolue normalement. On a même insisté sur le fait que le fibrome subit, au cours de la grossesse, des modifications qui peuvent aboutir à une diminution notable de son volume, parfois même à sa disparition complète.

Pinard a souligné ces faits, il y a longtemps, et nombre de chirurgiens et d'accoucheurs ont vérifié l'exactitude de cette diminution de volume du fibrome pendant la gestation. Goullioud a même été jusqu'à dire que la grossesse est « le meilleur moyen curatif des fibromes, de même qu'elle en est le meilleur moyen prophylactique ».

Sans doute pareille affirmation est quelque peu excessive, mais la part de vérité qu'elle contient est gran-

de. Une observation de Balfour-Marshall citée par Chifoliau est des plus démonstratives :

Une femme de 34 ans est vue au quatrième mois d'une grossesse présentant plusieurs fibromes de la face postérieure de l'utérus. L'un d'entre eux est prolabé dans le Douglas et si bas situé que l'on pensait que l'accouchement ne pourrait se faire. Balfour-Marshall prescrivit néanmoins le repos. L'accouchement se fit dans d'excellentes conditions et la régression des fibromes fut telle qu'il n'hésita pas à conseiller une nouvelle grossesse afin de parachever la guérison des fibromes.

Mais, il faut bien le dire, si l'évolution normale de la grossesse est la règle, si l'accouchement, d'habitude, se fait avec facilité, il n'en est pas toujours ainsi comme nous l'avons vu : le fibrome peut déterminer des troubles de dystocie ou de compression. Nous n'avons pas à étudier ces troubles, mais, par contre, *il n'est pas douteux qu'un fibrome utérin peut provoquer un avortement spontané.* C'est même l'accident le plus fréquent pour Forgue et Massabeau.

Il est extrêmement difficile de préciser qu'elle est la fréquence de l'avortement dans les fibromes gravidiques.

Pour Lefour (Thèse d'agrégation, Paris, 1880), 307 cas de grossesse en utérus fibromoteux ont donné 39 avortements, soit 12 pour 100.

Pour Nauss, il survient dans 18 % des cas, plus

exactement 47 avortements sur 241 grossesses (Thèse de Halle, 1882).

Pour Jamain, dans 25 % des cas, soit 20 avortements sur 84 fibromes périodiques.

Garkische (Klin. Med. Anat. Beitz. Zur Lehre von uterus Myom. Berlin, 1910), 86 avortements sur 232 fibromes.

Quels sont les fibromes qui provoquent, avec prédilection, l'avortement ?

Tandis qu'une grossesse peut évoluer sans accidents dans un utérus qui est simplement fibromateux ou qui présente des fibromes sous-séreux ou même quelques myomes interstitiels, au contraire les fibromes sous-muqueux, même peu volumineux, les fibromes interstitiels, dès qu'ils sont assez gros pour que la cavité utérine soit déformée, provoquent souvent l'interruption de grossesse.

Plusieurs mécanismes s'associent pour interrompre la gestation : la tendance hémorragique de la muqueuse utérine atteinte d'endo-métrite, l'atrophie de la caduque en regard des fibromes qui fait que le placenta adhère anormalement à l'utérus en ce point, l'envahissement de la capsule du fibrome, lorsqu'il est sous-muqueux, par les villosités choriales, enfin la gêne mécanique apportée par le fibrome à l'ampliation de l'utérus.

Tels sont les cas où l'avortement survient spontanément, dans un utérus fibromateux, du seul fait de la

présence du fibrome. Ces cas, il faut bien l'avouer, sont loin de constituer la majorité des avortements dans les fibromes utérins.

La fréquence des avortements provoqués, des avortements criminels, est incontestable. Il est impossible d'en fixer le pourcentage exact, car, en pareil cas, les seules données dont on puisse faire foi, sont les témoignages, souvent suspects, des intéressées. Ces avortements provoqués doivent être assez fréquents déjà, vu l'énorme majorité des avortements criminels par rapport aux avortements spontanés.

Un autre facteur ne nous paraît pas moins important.

En effet, il s'agit souvent de femmes qui sont âgées de 35 à 45 ans et ne veulent pas de grossesse : tantôt elles sont restées stériles jusque-là, et elles se jugent trop vieilles pour avoir des enfants; tantôt elles ont déjà des enfants trop âgés pour souhaiter encore une nouvelle maternité.

On comprend donc avec quelle fréquence pareille fausse-couche sera provoquée, et d'ailleurs l'avortement doit être facile à déclancher dans un utérus fibromateux, le développement de l'œuf se fait d'une façon souvent précaire, tant du fait de la malformation de la cavité utérine que de la défectueuse vascularisation du placenta.

CHAPITRE III

Facteurs de gravité de l'avortement chez les fibromateuses

Lorsqu'un avortement survient dans un utérus fibromateux, deux sortes de complications peuvent survenir :

— *les unes sont des complications de l'avortement,* que la présence du fibrome exagère : accidents d'hémorragie, accidents d'infection utérine ;

— *les autres sont des complications que déclanche sur le fibrome l'évolution d'une fausse couche :* tantôt accidents de nécrobiose, tantôt accidents d'infection ou même de suppuration du fibrome.

Voyons, successivement, ces deux sortes de complications.

I. — *Complications de l'avortement*

Tout d'abord, le fibrome favorise l'apparition des complications habituelles de l'avortement. S'il est vrai que la fausse-couche trouve des facteurs favorisants

dans un utérus fibromateux et se déclanche avec facilité, son évolution, par contre, est longue, difficile et compliquée.

La fausse-couche se déclanche aisément sous l'impulsion d'un traumatisme, souvent minime, et au contraire, elle est rarement menée rapidement à bien. De nombreuses causes interviennent pour en entraver l'évolution : l'utérus manque de contractilité et a du mal à expulser le produit de conception. La cavité utérine est irrégulière, anfractueuse, déformée par la saillie d'un gros noyau fibromateux, parfois existe une véritable arrière-cavité utérine en amont d'un fibrome, arrière-cavité qui ne peut s'évacuer à l'extérieur qu'à travers une fente étroite et inextensible; d'autres fois le placenta adhère d'une façon anormalement étroite à l'utérus lorsque les villosités choriales ont perforé la capsule du fibrome et y ont pris de solides insertions. Enfin, il n'est pas jusqu'au col qui peut aussi gêner l'évacuation utérine, lorsqu'il est sléreux ou fibromateux et indilatable. Bref, le travail dure indéfiniment, les hémorragies persistent longtemps, abondantes, continues, sans que le placenta puisse être expulsé. La rétention du placenta, des membranes ou de la caduque ouvre alors la porte à l'infection.

Ainsi voyons-nous que les deux complications majeures de l'avortement : l'hémorragie et l'infection sont particulièrement fréquentes et redoutables dans l'avortement des utérus fibromateux.

Nous devons à l'obligeance du docteur Leibovici une première observation inédite de fausse-couche dans un utérus fibromateux, où les hémorragies et la fièvre persistantes ont rendu nécessaire une hystérectomie.

Observation I (R. Leibovici)

Mme Marie M..., âgée de 29 ans, entre à l'hôpital Necker dans le service du docteur Robineau le 26 juin 1929. C'est une jeune Portugaise, par ailleurs bien portante, qui, à la suite d'un retard d'environ deux mois, a présenté des hémorragies utérines abondantes. Comme ces hémorragies persistent depuis six semaines, elle entre à l'hôpital.

A l'examen, on trouve un col un peu ramolli, mais fermé. Le corps utérin est gros et dépasse la symphyse publienne d'environ 4 travers de doigt. Il est lisse, régulier, sa consistance est ferme, et même dure au niveau de son fond. Au niveau du segment inférieur il est un peu ramolli.

On porte le diagnostic de fausse-couche dans un utérus fibromateux, mais il est impossible d'obtenir de la malade des renseignements dignes de foi sur la date et la durée du retard de ses règles, ainsi que sur les manœuvres qu'elle peut avoir subies.

On l'immobilise au lit. On applique de la glace sur le ventre et on prescrit de grandes injections chaudes.

Pendant trois semaines, l'état de la malade demeure

stationnaire. Les hémorragies diminuent, mais ne cessent pas complètement; la malade continue à perdre du sang mêlé de quelques caillots. Au toucher, l'utérus ne se modifie nullement : le col reste fermé, le corps utérin reste gros et dur. De plus, comme la malade s'anémie, que les pertes commencent à sentir mauvais et qu'un petit peu de température apparaît, comme le volume du fibrome nous paraît d'ailleurs indiquer une intervention radicale, on renonce à une tentative de curetage dont le résultat serait incertain, et on décide de pratiquer une hystérectomie.

Intervention le 18 *juillet* 1929

Anesthésie générale à l'éther.

Laparatomie médiane sous-ombilicale. On trouve un utérus fibromateux gros, du volume d'un gros poing. Il est irrégulier et nodulaire, bourré de fibromes sur sa face postérieure. Du côté gauche existe un noyau fibromateux latéral qui descend assez bas sur l'isthme utérin et tend à être inclus dans le ligament large.

Dans ces conditions, on pratique une hystérectomie par le procédé américain en allant de droite à gauche, on sectionne le col qui est assez ramolli et élargi. On touche soigneusement à l'iode sa cavité, on fait l'hémostase à l'artère utérine gauche, on déloge ensuite aisément le fibrome inclus du ligament large et on termine par la ligature du pédicule ovarien gauche.

Photographie de l'utérus enlevé chez la malade de l'hôpital Necker
en observation N° I

Suture complète du col, ligature et péritonisation.

On se porte ensuite vers l'appendice, on trouve un cœcum très mobile avec un colon ascendant également mobile dans sont segment inférieur. On fait l'ablation de l'appendice avec enfouissement du moignon.

Réfection de la paroi au fil de lin et fermeture sans drainage.

Les suites de cette intervention furent parfaitement simple, et la malade sortit de l'hôpital au 15e jour en excellent état.

L'examen de la pièce opératoire était des plus instructifs, comme le montre la photographie que nous reproduisons ci-contre.

On ouvre la cavité utérine et on constate que le muscle utérin est farci de noyaux fibromateux dont les plus gros atteignent le volume d'un petit œuf et dont les plus petits sont de la taille d'une noisette.

La cavité utérine est extrêmement irrégulière, vallonnée, déviée par suite de la saillie des noyaux fibromateux sous-muqueux. Elle contient un fragment placentaire allongé, tortillé, formant un véritable polype placentaire qui s'insère à sa partie toute supérieure sur le fond utérin à côté de la corne utérine gauche. Il paraît évident, à l'examen de la pièce que la dilatation utérine aurait été impossible et qu'il aurait été également impossible de faire un curettage complet, à plus forte raison de désinsérer ce polype placentaire enchâ-

tonné dans le fond utérin, en amont de la saillie des noyaux fibromateux.

II. — *Complications du fibrome*

En second lieu, l'avortement, surtout lorsqu'il est provoqué, expose un fibrome à des complications graves. Nous n'insisterons pas sur les transformations bien connues qu'un début de grossesse fait subir à un fibrome : il augmente de volume et il se ramollit, il peut même présenter un début de dégénérescence rouge.

Ces faits ont été parfaitement étudiés depuis longtemps et Leroux, dans sa Thèse (Paris, 1923) en a montré tout l'intérêt.

Ces transformations sont déjà l'indication que le fibrome est dans de mauvaises conditions de circulation et de nutrition. Quand il est le siège de pareilles perturbations circulatoires, quand il est ramolli, œdémateux ou en nécrobiose, il devient évident qu'il est plus exposé à l'infection, voire même qu'il peut en être une cause d'appel.

Or, nous l'avons vu, la rétention placentaire est presque inévitable dans un utérus fibromateux. L'infection placentaire la suit bientôt, et elle ne tarde pas à se propager au fibrome qui suppure ou se sphacèle.

Mauclaire a publié, en avril 1908, à la Socité Nationale de Chirurgie, l'observation d'un fibrome qui se

sphacéla à la suite d'une fausse-couche, et, auparavant, Berger en avait publié un cas analogue.

Or on sait l'extrême gravité de la suppuration et de la gangrène des fibromes : l'état général s'altère rapidement, la fièvre est élevée, des complications suppuratives à distance peuvent se produire et si l'on n'intervient pas d'urgence par une hystérectomie, la mort est la règle par septico-pyohémie.

Tels sont les accidents qui font toute la gravité de l'avortement dans un utérus fibromateux. Que ce soit des complications de l'avortement ou des complications du fibrome, ils nécessitent, comme nous le verrons, une sanction thérapeutique rapide.

Plus graves encore sont les derniers accidents qu'il nous reste à étudier en pareil cas : *les accidents du curettage.*

CHAPITRE IV

DANGER DU CURETTAGE EN CAS DE FIBROME UTÉRIN

Nous avons vu que l'avortement dans un utérus fibromateux était souvent compliqué d'hémorragies ou d'infection par rétention placentaire. C'est dire qu'on sera souvent tenté ou amené à faire un curettage. Or, cette intervention qui est si facile, si bénigne et si efficace dans la plupart des cas lorsque l'utérus est normal, risque de provoquer des accidents extrêmement sérieux lorsqu'il y a un fibrome utérin, en particulier s'il est sous-muqueux.

Les deux dangers principaux du curettage sont l'hémorragie ou l'infection au niveau du fibrome. Disons, tout de suite, qu'ils sont une indication formelle à pratiquer l'hystérectomie.

R. Leibovici a déjà apporté, en 1927, trois observations de ces complications, il a bien voulu nous remettre une quatrième observation, encore inédite, qui confirme cette opinion et que nous rapporterons tout à l'heure.

Voici d'abord les trois observations déjà publiées.

Observation 2. (R. Leibovici)

(Cette observation a déjà été publiée en 1927)

Mme Bl..., 38 ans, entre le 17 juillet 1925 dans le service de notre maître, M. le professeur Cunéo, pour une faüsse-couche de quatre mois : le fœtus a été expulsé la veille, mais il y a rétention de tout l'arrière-faix.

A l'examen : malade assez anémiée, température à 37°8. Les pertes sanglantes sont assez abondantes.

Au toucher : le col est mou, ouvert ; l'utérus est gros, son fond atteint l'ombilic. Il est plutôt ferme et dur que ramolli comme dans une fausse-couche à ce stade.

On porte le diagnostic de *fausse-couche avec rétention placentaire dans un utérus fibromateux* et on décide de temporiser, comptant sur le traitement médical pour amener l'expulsion de l'arrière-faix.

Le 28 *juillet, au onzième jour,* soit douze jours après le début de l'avortement, la situation est inchangée : les pertes persistent toujours abondantes, l'utérus reste aussi gros, le col reste ouvert mais il n'y a pas de fièvre.

On décide alors, vu l'anémie progressive de la malade de pratiquer prudemment l'évacuation de l'utérus.

Ce curettage est effectué avec la plus grande douceur. Il montre une cavité utérine déviée en avant sur la saillie d'un gros fibrome postérieur. On extrait des

débris placentaires volumineux et nombreux. Une révision attentive montre que le curettage est complet. Il n'en a pas moins déclanché *une hémorragie très abondante et rebelle*. Ni les injections intra-utérines très chaudes, ni le tamponnement intra-utérin, ni le massage utérin, ni l'injection d'extrait hypophysaire et d'ergotine n'arrivent à l'arrêter.

Deux heures après le curettage, on se résout à pratiquer l'hystérectomie.

Hystérectomie abdominale supra-vaginale facile

L'utérus est gros comme une tête d'enfant, déformé par un gros fibrome postérieur régulier et arrondi, qu'il faut accoucher du Douglas.

Paroi en trois plans sans drainage. *A l'examen de la pièce :* le fibrome est uniquement dans la paroi postérieure de l'utérus. La cavité utérine est nette et sans aucun débris placentaire. Mais au niveau de son versant supérieur, le fibrome est à nu. Quelques sinus veineux sont ouverts en ce point et paraissent responsables de l'hémorragie. La malade sort guérie le 15 août 1925.

OBSERVATION 3 (Lenormant)

(Cette observation a déjà été publiée par Leibovici en 1927.)

Mme Du..., 42 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, le 19 décembre 1926.

Elle a fait le 13 *décembre* une fausse-couche provoquée de deux mois et demi.

Le 16 décembre, trois jours après, un médecin en ville a pratiqué un curettage, à la suite duquel des accidents d'infection utérine se sont déclarés.

A son entrée, *le* 19 *décembre,* au sixième jour de la fausse-couche, son état est grave : frissons répétés, température à 40°, pertes putrides. L'utérus est gros et dur, il dépasse la symphyse de plus de trois travers de doigt. M. Wilmoth, assistant du service, pratique un *second curettage* qui ne ramène aucun débris placentaire. Il semble donc s'agir du sphacèle d'un fibrome après avortement et curettage.

Les jours suivants, les accidents infectieux persistent aussi marqués. M. Lenormant décide, le 22 décembre, de pratiquer l'hystérectomie vaginale.

Intervention le 22 décembre 1926 : hémisection antérieure de l'utérus, on trouve un polype sphacédé, énorme, gros comme une tête de fœtus à terme, mais complètement libre dans la cavité utérine. On le morcelle et on s'en débarrasse; après quoi on peut extérioriser complètement l'utérus et faire l'hystérectomie. On pratique l'hémostase par deux clamps de chaque côté, qu'on laisse à demeure. Un point de catgut ferme le dôme vaginal. Trois mèches dans le vagin.

Les suites opératoires furent décevantes. Après une

rémission apparente, les accidents d'infection emportèrent la malade au troisième jour.

Observation 4 (J. C. Bloch)

(Observation déjà publiée par Leibovici en 1927)

Mme D..., 23 ans, est examinée le 11 mars 1925 pour un syndrôme faisant croire à une rupture de grossesse tubaire : retard de quinze jours, douleurs pelviennes violentes, pertes rouges noirâtres. Le visage est très pâle, le pouls un peu rapide, la température à 38°4. Au toucher le Douglas est rempli par une masse énorme et douloureuse qui refoule le col en haut et en avant et empêche de le percvoir.

Intervention le même jour : pas de sang dans le ventre, mais l'utérus est gros et mou, ayant toute l'apparence d'un utérus gravide. Il remplit le Douglas, expliquant les résultats du toucher vaginal. On pense alors qu'il s'agit d'un avortement à type syncopal et l'on décide de pratiquer un curettage séance tenante.

Curettage utérin (11 mars). La dilatation du col est très difficile. La curette ne ramène presque rien : par contre, elle montre que la cavité utérine est longue et ses parois de consistance fibreuse.

On reconnaît alors qu'il s'agit d'un *avortement dans un utérus fibromateur rétrofléchi.*

Les suites de ce curettage furent des plus anormales.

Pendant sept jours, du 11 au 18 mars, la température oscille entre 38° et 39°.

Le 18 mars au soir ,elle atteignit 40°2.

Un lavage utérin ramène *du pus et des débris de tissu sphacélés.*

Le 19 et le 20 mars, même température et mêmes effets du lavage intra-utérin. De plus, l'état général s'est considérablement altéré. M. le professeur Cunéo, appelé en consultation, porte le diagnostic de *fibrome en voie de sphacèle* et conseille l'hystérectomie.

Hystérectomie le 20 mars : l'utérus est gros, mou et œdémateux. Sa face postérieure est constituée par un très gros fibrome qui remplit le Douglas. On a beaucoup de peine à l'en extraire, car on craint de déchirer l'utérus par des tractions directes trop violentes. Le pôle inférieur du fibrome arrive jusqu'au col utérin. Les ligaments larges sont épais et infiltrés d'œdème.

On fait une hystérectomie supra-vaginale qu'on totalise ensuite. On met un large drainage vaginal (un drain et deux mèches) sous un surjet colo-vésical. Un petit drain sort par la plaie abdominale.

Les suites opératoires furent excellentes : chute de la température, amélioration rapide de l'état général. La malade sortit guérie le 4 avril 1925.

L'examen de la pièce était très instructif. Le fibrome était unique, mais énorme, remplissant toute la face

postérieure de l'utérus jusqu'au col qu'atteignait son pôle inférieur.

A la coupe, la muqueuse utérine était putréfiée. Le *fibrome était à nu dans la cavité utérine.* Il était sphacélé, noirâtre et fétide. Par places, on voyait des poches pseudo-kystiques ouvertes dans la cavité utérine et contenant des lambeaux sphacéliques analogues à ceux qu'avaient fait ressortir les lavages intra-utérins des jours précédents.

A la lumière de ces observations on peut essayer de démêler quel est le mécanisme de ces accidents hémorragiques et infectieux.

1° LE CURETTAGE PEUT ENTRAINER UNE HEMORRAGIE INCOERCIBLE

Le risque d'hémorragie grave après curettage dans un utérus fibromateux est facile à comprendre; même maniée avec la plus grande douceur, la curette utérine emporte la muqueuse épaissie en caduque, et met à nu le fibrome. Elle ouvre ainsi les gros plexus veineux qui cheminent souvent à sa périphérie. Mais, dira-t-on, le curettage digital pourrait éviter ces accidents. Nous nous permettons d'en douter.

En effet, comme l'a signalé depuis longtemps Hofmeier, la caduque utérine est atrophiée en regard du fibrome si bien que le placenta est anormalement adhé-

rent, et qu'on ne peut le décoller qu'en dénudant le fibrome. Brindeau et Natou-Larrier ont même montré qu'au niveau du fibrome des villosités choriales entrent en rapports directs avec le muscle utérin et avec le myome. De plus, on peut douter de la possibilité du curage digital dans ces utérus fibromateur à cavité étroite, serrée, indilatable, déviée et irrégulière.

Comme on l'a vu dans l'observation 2, même le tamponnement utérin peut être impuissant à arrêter l'hémorragie, et, même s'il pouvait l'arrêter, on peut penser qu'il serait gros de dangers dans ces utérus fibromateux si faciles à l'infection, puisqu'il s'agit là souvent de fausse-couche criminelle et, partant, infectée d'emblée.

2° DANGER D'INFECTION DU FIBROME

Les 2 observations de Lenormant et de J. C. Bloch rapportées ci-dessus, illustrent bien ce danger.

L'infection des fibromes y reconnaît les mêmes causes que l'hémorragie : la dénudation du fibrome par la curette, en dépit de toutes les précautions prises. Il n'est même pas nécessaire que le fibrome soit sous-muqueux et dénudé par le curettage. Même un fibrome interstitiel court le risque d'être infecté par voie lymphatique, quand il n'est pas trop loin de la muqueuse, quand il y a endo-métrite ou pyométrite, à plus forte raison s'il est déjà œdémateux ou nécrobiosé.

Le sphacèle menace donc, non seulement les fibromes qui ont gêné le curettage (encore plus si l'on a dû faire un tamponnement intra-utérin), mais encore ceux qui n'ont pas provoqué d'accidents hémorragiques. Le sphacèle peut être précoce et survenir dans les jours qui suivent immédiatement le curettage comme dans l'observation de J. C. Bloch, il peut aussi survenir tardivement et même revêtir une évolution clinique assez lente.

3° IMPOSSIBILITE DU CURETTAGE

Enfin, un autre danger du curettage est sa difficulté et même son impossibilité.

Baumgartner et Moure, Proust et Sorrel ont publié des observations où l'on n'a pas pu pratiquer le curettage à cause de la déformation de la cavité utérine par la saillie du fibrome et, en effet, quand on examine la cavité utérine sur des pièces opératoires d'hystérectomie pour fibrome, quand on examine des radiographies de cavités utérines fibromateuses injectées au lipiodol, on constate qu'il est des cas où une curette ne pourrait franchir certains rétrécissements où la cavité est étalée et aplatie, ne pourrait dépasser certaines saillies qui déforment de façon si atypique la cavité utérine. En pareil cas, à vouloir insister dans le curettage, on risquerait une perforation. Pareils accidents peuvent d'ailleurs survenir, même si l'on prend

beaucoup de précautions, lorsque le muscle utérin est ramolli à la suite de rétentions placentaires infectées qui durent depuis quelques jours.

L'observation suivante, inédite, que nous a confiée le docteur Leibovici, montre la réalité de ces dangers.

Observation 5 (R. Leibovici)

Mme B..., âgée de 38 ans, entre à l'hospice de la Salpêtrière dans le service de M. le professeur Gosset, le 1er avril 1928.

Il y a 15 jours, la malade a présenté des métrorragies abondantes qui sont survenues à la suite d'un retard d'environ 4 mois. Il est impossible d'avoir des détails véridiques sur les manœuvres intra-utérines qu'a subies la malade avant son entrée à l'hôpital. Son passé gynécologique est à peu près muet en dehors des règles extrêmement abondantes et prolongées. Elle a eu trois enfants. Elle n'a pas été examinée par aucun médecin. Elle ignore si elle a ou non un fibrome.

Le soir de so nentrée à l'hôpital la température atteint 38°, le pouls est en rapport avec elle, mais bien frappé. La malade est assez anémiée, car elle perd abondamment depuis 10 jours.

A l'examen on trouve un très gros utérus qui dépasse le milieu de la ligne ombilico-pubienne : il est régulier, assez ferme, douloureux, relativement mobile. Le col est un peu entr'ouvert et admet l'extrémité de

l'index. La malade dit qu'elle n'a pas expulsé de fœtus, mais on ne sent rien de précis dans la cavité utérine.

Vu le passé hémorragique de la malade, vu la consistance particulièrement ferme et même dure du fond utérin, on poste le diagnostic de *fausse-couche dans un utérus fibromateux* et on décide de tamponner.

Les premiers jours d'avril, l'état de la malade semble s'améliorer sous l'influence du repos, de la glace et du Propidon, mais de nouveau les pertes se reproduisent plus abondantes, contenant des caillots et prenant une odeur fétide. La malade s'anémie et la fièvre s'allume.

Le matin du 13 avril, la température atteint 39°6; la malade présente des frissons, en même temps l'utérus est devenu extrêmement douloureux.

Dans ces conditions on se résout à pratiquer un curettage utérin, mais on prévient la malade qu'il est possible que l'intervention finisse par une hystérectomie.

Intervention le 13 *avril* (Raymond Leibovici). Anesthésie générale à l'éther.

La malade est mise en position gynécologique. Le col utérin est assez ouvert pour admettre une grosse curette. On l'amarre par une pince de Museux et on commence le curettage. On tombe sur un fœtus macéré et même putréfié qu'on extrait par fragments. Une fois le fœtus évacué, on examine la cavité utérine

qui paraît déviée en avant sur la saillie d'un fibrome postérieur.

En courbant l'hystéromètre, on cathétérise la cavité utérine et on touche son fond qui est à environ 15 cm. On courbe alors une curette mousse de Wallich et on essaie de curetter le fond utérin en passant en avant de la saillie du fibrome. La paroi utérine est extrêmement ramollie, et, à un moment donné, on a nettement l'impression que l'on a fait une peroration utérine.

On hésite à pratiquer une hystérectomie qui, dans un cas aseptique et non un utérus non fibromateux nous paraîtrait inutile. Dans ce cas particulier, l'hystérectomie nous semble cependant préférable. La malade a 35 ans, elle a déjà eu 3 enfants, son fibrome est assez volumineux pour qu'une intervention conservatrice ne paraisse guère possible au premier abord. De plus, c'est une perforation dans un utérus infecté. Bref, on décide de faire immédiatement une hystérectomie.

La malade est placée en position de Trendelenburg. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve un utérus gravide fibromateux, gros comme les deux poings, il est congestionné et présente une perforation sur sa face antérieure, près de son fond, non loin de la ligne médiane. Cette perforation est petite et saigne légèrement.

Les ligaments larges sont un peu infiltrés d'œdème. On fait une hystérectomie supra-vaginale par le pro-

cédé de Terrier. Le col est extrêmement large et ramolli, on prend soin, lorsqu'on le coupe, de ne rien laisser couler hors de l'utérus pour éviter la contamination du champ opératoire qu'on a, d'ailleurs, soigneusement protégé par des compresses de gaze. Notons que dans le segment inférieur du col un trouve un fragment de la tête du fœtus que l'on extrait avant de le suturer.

Hémostase des 3 pédicules de chaque côté. Péritonisation soigneuse. On place un drain n° 30 dans le Douglas. Fermeture de la paroi à la soie.

Les suites de cette intervention furent extrêmement simples. Le soir, la àtempérature était descendue 37°8. Le drain fut retiré le deuxième jour, n'ayant donné qu'un peu de sérosité. La malade quitta l'hôpital le quinzième jour en excellent état.

CHAPITRE V

Diagnostic

Le diagnostic de l'avortement dans un utérus fibromateux est loin d'être facile, car tantôt la femme qui fait une fausse-couche ignore qu'elle était porteuse d'un fibrome, tantôt au contraire la fausse-couche est méconnue ou cachée chez une femme atteinte de fibrome utérin.

Deux sortes d'erreur sont possibles suivant que l'on méconnaisse l'avortement chez une fibromateuse ou que l'on ne fasse pas le diagnostic de fibrome au cours d'un avortement.

I. — *On peut méconnaître l'avortement chez une fibromateuse*

Tantôt le retard de règles a été masqué par les métrorragies habituelles du fibrome; tantôt l'œuf expulsé, surtout s'il est relativement jeune, a passé inaperçu au milieu de gros caillots. Même si la malade est de bonne foi, elle peut elle-même ignorer complètement son début de grossesse.

D'autres fois, on a affaire à des malades réticentes qui avaient des raisons de redouter une grossesse, qui se sont livrées parfois à des manœuvres intra-utériens criminelles qu'elles dissimulent soigneusement au médecin.

Il faut se méfier et penser à un avortement quand une femme, manifestement atteinte de fibrome utérin, accuse un léger retard de règles, présente des pertes quasi-quotidiennes, qui se prolongent. On sait que le fibrome détermine des métrorragies qui peuvent être abondantes, mais qui, fait capital, sont presque toujours séparées par des intervalles de sédation absolue. Un fibrome qui détermine des pertes quotidiennes pendant plusieurs semaines doit faire penser à un avortement.

Ce diagnostic prendra de fortes présomptions si le col est ramolli, entr'ouvert, si le corps utérin fibromateux présente, en dehors des zones dures qui correspondent au myome, une consistance relativement molle. On examinera les seins : sont-ils gros et tendus? l'aréole est-elle pigmentée, l'expression de la glande fait-elle sourdre quelques gouttes de colostrum : le diagnostic sera confirmé.

Malheureusement, il est loin d'être toujours ainsi et ces cas faciles sont l'exception. Bien souvent on n'aura que des présomptions fragiles. Il est même des cas où c'est seulement après une hystérectomie pour fibrome, en examinant l'utérus enlevé, que l'on trou-

vera dans sa cavité un fragment de caduque ou un polype placentaire qui feront faire un diagnostic rétrospectif de fausse-couche récente passée inaperçue.

II. — *Dans un second groupe de faits, on peut méconnaître l'existence d'un fibrome chez une femme qui fait une fausse-couche*

Il faudra se méfier lorsqu'à l'examen physique on trouvera un utérus sensiblement plus gros qu'il ne devrait être pour le retard que déclare ou qu'avoue la malade, lorsque l'utérus n'a pas une consistance uniformément ramollie, lorsqu'il n'est pas régulier et lisse. Si l'on trouve des noyaux arrondis et relativement durs, si le fond utérin est irrégulièrement bosselé et même très ferme, il faudra penser au fibrome utérin et savoir quels facteurs de gravité l'existence d'un fibrome apporte à l'évolution d'une fausse-couche.

Malheureusement, là encore, ce diagnostic est loin d'être toujours facile. Un noyau fibromateux peut être extrêmement ramolli par la gravidité. De plus, on dit classiquement que certaines contractions utérines segmentaires peuvent faire croire à l'existence d'un noyau fibromateux.

En réalité, on hésitera souvent longtemps et, comme dans plusieurs de nos observations, c'est seulement lors du curettage que l'on fera le diagnostic de fibrome en trouvant une cavité irrégulière, déviée et déformée par la saillie difficilement infranchissable d'un myome utérin.

CHAPITRE VI

Traitement

La conduite à tenir en cas d'avortement dans un utérus fibromateux est assez difficile à fixer avec précision. Elle varie en effet, non seulement avec la date et l'état dans lesquels on voit la malade, mais même encore selon les opinions en cours concernant l'attitude à avoir vis-à-vis de la grossesse.

Néanmoins on peut essayer de schématiser diverses éventualités où la thérapeutiqu enous paraît être essentiellement différente.

Premier cas : *L'avortement est à son début.*

Quand il n'y a que menace d'avortement, traduite uniquement par des hémorragies, l'indication opératoire est des plus discutables.

En effet, toute intervention sur le fibrome utérin, en vue d'en faire une ablation conservatrice pour faciliter l'évolution de la grossesse, est intempestive et risque de hâter l'avortement que l'on désire éviter.

C'est seulement dans des cas très rares où l'avortement semble nettement provoqué par une gêne au développement normal de l'utérus, et à condition que le fibrome soit facilement accessible, qu'il vaut mieux intervenir.

Haller a publié récemment (Société des Chirurgiens de Paris, 2 mai 1924) l'observation d'une femme de 37 ans et qui avait déjà eu deux fausses-couches de trois mois et qui commençait à présenter des accidents analogues au troisième mois d'une troisième grossesse. Une myomectomie fut pratiquée et permit à la malade de mener cette dernière grossesse à terme jusqu'à un accouchement normal.

Plus souvent, plutôt que menace d'avortement, *il y a déjà début d'avortement*, et il est impossible de songer à enlever le fibrome pour favoriser la continuation de la grossesse : le seul but du chirurgien est de pallier aux graves conséquences possibles d'un avortement inévitable.

Il vaut mieux temporiser, *il faut s'abstenir de toute manœuvre intra-utérine*, et se contenter d'une désinfection soigneuse de la vulve et du vagin. Si la malade est encore chez elle, il vaudra mieux la faire transporter dans un centre chirurgical afin d'être prêt à intervenir en cas d'accident.

Cette thérapeutique abstentionniste peut donner d'excellents résultats. Il est indéniable que quelques cas évolueront spontanément de façon favorable. L'ex-

pulsion du produit de conception se complètera sans qu'aucune complication nécessite un traitement chirurgical. Ces cas ne paraissent pas être les plus nombreux, mais ils sont incontestables.

Les résultats éloignés de cette évolution spontanément favorable sont-ils excellents? Nous n'en sommes pas sûrs. Plusieurs fois nous avons vu des femmes venir consulter ou se décider à être opérées parce qu'elles perdaient plus souvent ou plus abondamment *depuis une fausse-couche*. Or, l'examen trouvait chez elles un fibrome qui manifestement était bien antérieur à l'avortement. On peut en conclure que les hémorragies et les pertes que détermine habituellement un fibrome sont souvent aggravées par une fausse-couche. S'agit-il en pareil cas d'une petite rétention placentaire prolongée, ou bien le fibrome est-il resté, depuis l'avortement, plus volumineux, plus hémorragique, est-il même en voie de dégénérescence rouge? Nous ne pouvons apporter là que des hypothèses, mais une constatation clinique nous semble indubitable : une fausse-couche, même heureusement terminée, aggrave toujours dans l'avenir les manifestations hémorragiques d'un fibrome.

Deuxième cas : *Il y a des hémorragies graves.*

Il peut s'agir d'une hémorragie extrêmement abondante et incoercible qui oblige à une décision d'ur-

gence, ou bie nd'hémorragies moins abondantes, mais qui durent depuis plusieurs jours, amenant la malade à une profonde anémie. Dans les deux cas, le problème qui se pose est le même : *curettage ou hystérectomie?*

Le curettage pourrait sembler le traitement idéal puisque conservateur. En réalité, il est passible de nombreux et graves reproches.

Tout d'abord, comme nous y avons insisté, il peut être impossible à pratiquer lorsque le fibrome déforme profondément la cavité utérine et empêche la curette de parvenir jusqu'au fond utérin. L'hémorragie incoercible oblige alors à faire l'hystérectomie d'urgence.

Le plus souvent le curettage est possible, mais, même doux et prudent, il peut dénuder un fibrome sous-muqueux et provoquer des hémorragies encore plus graves que celles qui l'avaient fait pratiquer. Quand pareil accident survient et que les moyens habituels se montrent inefficaces, il paraît hasardeux de faire un tamponnement intra-utérin : le fibrome courrait alors de très gros risques de sphacèle et d'infection. Il nous semble préférable de recourir à l'hystérectomie.

Enfin, le curettage, s'il n'a pas provoqué d'hémorragies alarmantes, peut déterminer, dans les jours qui suivent, l'infection et le sphacèle du fibrome? Mauclaire l'avait signalé; ce fut le cas dans une des observations que nous avons rapportées. Cet accident est,

comme chacun sait, d'une extrême gravité. La crainte de le voir survenir doit entrer en ligne de compte dans le choix de l'intervention. En effet, il peut parfois être mortel. En tous cas, il oblige toujours à une hystérectomie faite alors dans de moins bonnes conditions.

Au total, en cas d'hémorragies, l'hystérectomie nous paraît plus souvent indiquée que le curettage. C'est *l'opération de nécessité* quand celui-ci est impossible. C'est également *l'opération de choix* quand le curettage a causé des hémorragies alarmantes. On sera alors d'autant moins conservateur que la malade sera plus âgée, que le fibrome sera plus volumineux et les noyaux plus nombreux. On évitera ainsi le tamponnement intra-utérin et son danger d'infection du fibrome. En agissant de la sorte, on ne fera qu'avancer une hystérectomie qu'aurait rendue nécessaire, souvent avant longtemps, un fibrome aussi gros et dont les manifestations auraient été aggravées par la fausse-couche.

D'ailleurs, si, chez une femme jeune, à fibrome peu volumineux, on tient à tenter le traitement conservateur, on sera en droit d'essayer le curettage et même le tamponnement intra-utérin s'il st nécessaire. Mais on se tiendra prêt, dans les jours suivants, à pratiquer l'hystérectomie dès l'apparition d'accidents infectieux sérieux. Dans quelques cas heureux, le curettage arrêtera les hémorragies et n'aura pas de suites fâcheuses. On pourra, quelques mois plus tard, tenter l'exérèse

du fibrome par une intervention conservatrice. Parfois, on aura la désagréable surprise de la trouver irréalisable, et on en sera réduit à faire l'hystérectomie devant laquelle on avait reculé lors de la fausse-couche.

L'hystérectomie ainsi pratiquée pour des hémorragies sera facile et bénigne. Une supra-vaginale rapidement menée, sans déchirer l'utérus qui est friable, avec fermeture sans drainage de la paroi, assurera une guérison prompte et définitive.

Troisième cas : *Il y a suppuration ou sphacèle du fibrome.*

Après un avortement chez une fibromateuse, qu'il y ait eu ou non curettage, lorsque la fièvre s'allume, que l'utérus reste gros et douloureux, lorsque des pertes fétides persistent, il n'est pas facile de déterminer à quels accidents d'infection on a affaire. S'agit-il simplement d'une *simple infection post-abortum*, sérieuse dans une cavité utérine aussi irrégulière et aussi mal vidée, ou bien est-ce la *suppuration ou la gangrène du fibrome?* Le problème est d'autant plus difficile à résoudre que l'endométrite est la voie d'infection du fibrome.

En pratique, il ne faut pas s'attarder à discuter ce qui prédomine, de l'infection puerpérale ou de celle du fibrome. L'indication opératoire est formelle dans les deux cas. S'il s'agit de gangrène du fibrome, per-

sonne ne le conteste. S'il s'agit d'infection post-abortum grave, *la présence du fibrome doit faire pencher pour l'intervention.*

On peut discuter, dans le traitement de l'infection puerpérale grave, sur l'utilité ou l'efficacité de l'hystérectomie. Les cas ne sont jamais comparables, l'indication opératoire est surtout, en dernière analyse, une question « d'impression ». Au contraire, l'existence d'un gros fibrome, dans un utérus infecté, est un argument pour l'hystérectomie, que le fibrome soit responsable de la rétention placentaire et de l'infection, ou bien que l'on craigne de le voir se sphacéler.

On ne tentera pas les myomectomies vaginales toujours difficiles, souvent incomplètes. Elles sont souvent désastreuses quand on les pratique au cours d'infections aussi virulentes, elles sont toujours plus graves qu'une hystérectomie abdominale.

Ce qu'il faut faire, c'est *l'hystérectomie abdominale totale* avec drainage vaginal, avec ou sans cloisonnement du bassin. Quant à l'hystérectomie vaginale, si elle paraît séduisante parce que rapide, peu choquante et pratiquement extra-péritonéale, il faut bien reconnaître qu'elle sera rarement pratiquée. En effet, le volume du fibrome la rend souvent ardue et même impossible pour quiconque n'en a pas une grande habitude. D'ailleurs, l'hystérectomie abdominale n'est guère plus grave si l'on protège soigneusement la cavité périto-

néale contre l'infection et si, comme le recommandait le professeur Lecène pour les fibromes suppurés ou gangrénés, on la fait précéder d'une suture hermétique du col par le vagin. On pourra ainsi enlever en vase clos des utérus pyométriques dont le contenu septique est souvent d'une terrible virulence.

CHAPITRE VII

. . Conclusions

I. — L'avortement, chez la fibromateuse, est loin d'être rare, et se voit dans 10 à 20 % des cas de fibromes utérins.

II. — Cet avortement est, très souvent, l'origine d'une complication soit au niveau du fibrome qui peut saigner, dégénérer, s'infecter ou suppurer, soit dans l'évolution de la fausse-couche qui se complique de rétention placentaire, d'hémorragies incoercibles ou prolongées, ou bien d'accidents infectieux.

III. — Le curettage pour fausse-couche dans un utérus fibromateux peut être impossible à cause de la déformation de la cavité utérine. Même quand il est possible, il peut être dangereux parce qu'il risque de mettre à nu le fibrome et de la faire ainsi soit saigner abondamment, soit s'infecter et suppurer. Ce sont là des complications graves qui menacent d'entraîner la mort de la malade si on n'intervient pas d'urgence.

IV. — Quand il n'y a que menace d'avortement marqué par des métrorragies, il vaut mieux temporiser et s'abtenir de toute manœuvre intra-utérine. Si la grossesse est déjà assez avancée, et si on a de sérieuses raisons de penser que le fibrome qui en trouble l'évolution est susceptible d'une myomectomie, on sera autorisé à pratiquer cette intervention.

V. — Si l'avortement se complique d'hémorragies graves, on pourra tenter un curettage, si la malade est jeune, si elle désire garder la possibilité d'avoir des enfants, à condition que l'évacuation de la cavité utérine soit possible, si pareil curettage réussit on pourra, pour l'avenir, envisager une myomectomie. Plus souvent, si la femme est âgée, si elle a déjà des enfants, si les noyaux fibromateux sont multiples et donnent à penser qu'une myomectomie serait impossible, il vaut mieux recourir d'emblée à l'hystérectomie.

VI. — S'il y a suppuration ou sphacèle du fibrome, l'hystérectomie paraît être formellement indiquée. Devant une infection post-abortum grave, la constatation d'un fibrome paraît même être un très gros argument en faveur de l'hystérectomie, lorsqu'un curettage n'a pas mis fin aux accidents en 24 heures ou 48 heures au maximum.

Vu : le Doyen
ROGER.

Vu : le Président
GOSSET.

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

BARLET. — *Sphacèle des fibromes utérins au cours de la grossesse* (Thèse de Paris, 1910).

BAUMGARTNER et MOURE. — *Rétention placentaire dans un utérus fibromateux, hémorragies, hystérectomie* (Bulletin de la Société Anatomique, 25 juin 1909).

BÉGOUIN. — *La nécrobiose des fibromes utérins* (Paris Médical, 17 avril 1922).

BERGER. — *Suppuration des fibromes au cours de la puerpéralité* (Thèse de Paris, 1907).

BIGEX. — *Les fibromes de l'utérus chez les primipares âgées* (Thèse de Paris, 1900).

BLAND-SUTTON. — *Dégénérescence rouge des fibromes utérins au cours de la grossesse* (British Méd. Journ., 1909, page 1473).

BOURSIER. — *Fibrome et grossesse* (Revue Mensuelle de Gynécologie de Bordeaux).

BRINDEAU et NATAN-LARRIER. — Bulletin de la Société d'Obstétrique, 1905, page 274.

BRINDEAU. — Presse Médicale, 28 avril 1923.

BURTY. — *Contribution à l'étude des fibromes compliquant la grossesse* (Thèse de Paris, 1908).

CHAVANNAZ. — *Nécrobiose des fibromes utérins pendant la grossesse* (Congrès Français de Chirurgie, 1919).

CHIFOLIAU et BENOISTE-PILLOIRE. — *Contribution à l'étude du traitement des fibromes au cours de la grossesse* (Progrès Médical, 8 juillet 1922).

DOLÉRIS. — Archives de Toxicologie, 1883.

J.-L. FAURE et SIREDEY. — *Traité médico-chirurgical de Gynécologie.*

FORGUE et MASSABUAU. — *Gynécologie,* dans le Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet.

GARKISCH. — *Contribution anatomo-clinique à l'étude du myome utérin* (Berlin, 1910).

HOFMEIER. — *Influence des fibromes utérins sur la conception, la grossesse et l'avortement* (Zeitsch. für Geb. und Gyn., 1894, tome III, page 199).

JAMIN. — *Fibromes utérins et puerpéralité* (Thèse de Paris, 1907).

JOUBERT. — *Des opérations pratiquées au cours de la grossesse compliquées de fibrome* (Thèse de Paris, 1907).

LABEY et TIXIER. — *Indications du traitement chirurgical dans les fibromes utérins* (Rapport au Congrès Français de Chirurgie, Paris, 1924).

LANDAU. — *Le myome et ses rapports avec la grossesse, l'accouchement et la période post-partum* (Berlin, 1912).

LECÈNE. — *Nécrobiose et gangrène des fibromes* (Annales de Gynécologie, août 1911, p. 449).

LECÈNE. — *Thérapeutique chirurgicale,* tome III, pages 595-596.

LEFOUR. — Thèse d'agrégation (Paris, 1880).

LEIBOVICI. — *Gravité de l'avortement et dangers du curettage, en cas de fibrome utérin* (Presse médicale, 14 mai 1927).

LEROUX. — *Nécrobiose des fibromes au cours de la grossesse* (Thèse de Paris, 1923).

MAUCLAIRE. — *Sphacèle d'un fibrome après fausse-couche. Curettage, Hystérectomie* (Bulletin de la Société de Chirurgie, avril 1908).

MÉHEUT. — *Contribution à l'étude des fibromes gravidiques* (Thèse de Paris, 1901).

NAUSS. — Thèse de Halle, 1882.

NETTER. — Thèse de Paris, 1911.

PIQUAND et LEMELAND. — *Les altérations des fibromyomes au cours de la grossesse et de la puerpéralité* (L'Obstétrique, 1910, page 28).

PROUST et SORREL. — *Grave hémorragie post-abortum dans un utérus fibromateux. Hystérectomie. Guérison* (Bulletin de la Société Anatomique, octobre 1909).

REEB. — *Fibrome et gestation* (Gynécologie et Obstétrique, 1921).

TURNER. — *Interventions chirurgicales dans les cas de fibromes au cours de la puerpéralité* (Thèse de Paris, 1900).

VIEL. — *Contribution à l'étude des fibromes gravidiques et des indications opératoires au cours de la grossesse* (Thèse, Paris, 1920).

Imprimerie spéciale de l'Association du Doctorat, Paris.